

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO - CNMP
COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS – CDDF
GRUPO DE TRABALHO PROTEÇÃO À SAÚDE – GT1

Em 27 de junho de 2012, o Plenário do CNMP instituiu, através da Emenda Regimental nº 06, a Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais – CDDF, com o objetivo de posicionar-se como uma das referências do Ministério Público brasileiro no estímulo ao exercício das atribuições institucionais atinentes à defesa dos direitos fundamentais difusos, coletivos e sociais, em sintonia com as diversas previsões constitucionais e legais que conferem ao MP o poder-dever de atuar como agente de transformação positiva da realidade social.

A CDDF surge em contexto marcado pelo esforço de implementação da gestão estratégica no CNMP, por meio da elaboração de seu Plano Estratégico - com horizonte temporal de 2010 a 2015 - e do Plano Estratégico do Ministério Público brasileiro – Ação Nacional do MP - 2011 a 2015. Considerando os respectivos mapas estratégicos, verifica-se que a Missão do CNMP de “Fortalecer e aprimorar o Ministério Público brasileiro, assegurando sua autonomia e unidade, para uma atuação responsável e socialmente efetiva” e a Missão do Ministério Público brasileiro de “Defender a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis para a concretização dos valores democráticos e da cidadania” não se realizam sem o fortalecimento e aperfeiçoamento da atuação institucional do Ministério Público direcionada à efetivação dos Direitos Fundamentais.

Desta feita, a Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais do CNMP tem o propósito de servir como órgão de integração, fomento e acompanhamento da atuação do MP brasileiro no plano da concretização dos direitos fundamentais, buscando fornecer subsídios ao fortalecimento de sua unidade, de sua atuação extrajudicial, proativa e preventiva e de sua interação com a sociedade civil organizada e a comunidade em geral.

ENCONTRO NACIONAL DO MP BRASILEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA
EM SAÚDE – Hotel Luzeiros/São Luís/MA – 27 e 28 de maio de 2014.

O desafio da implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) envolve diferentes atores: movimentos sociais, usuários, profissionais de saúde e gestores governamentais.

A Atenção Básica é a principal porta de entrada e o centro da interação entre as diferentes frentes que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Por conseguinte, não se pode prescindir de sua consonância com os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Neste propósito, a Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais do Conselho Nacional do Ministério Público implementou o Projeto Nacional: MP em defesa do acesso e da qualidade da Atenção Básica em Saúde, com o objetivo de contribuir com o aperfeiçoamento funcional e fomentar a atuação proativa, preventiva, efetiva e resolutiva do Ministério Público brasileiro na fiscalização da execução das Políticas Públicas da Atenção Básica, visando, em especial, a melhoria da prestação de ações e serviços nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Insta assinalar o caráter de relevância pública do Ministério Público Brasileiro, com atribuições na Defesa da Saúde, verdadeiro Ministério Público Social, posto que constitucionalmente (artigo 129, II, CF) coube-lhe zelar pelo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia.

O próprio legislador constitucional emprestou maior sentido conativo ao verbo “zelar”, o que significa tratar com zelo, com cuidado, administrar diligentemente, enquanto nos demais direitos sociais a atuação do Ministério Público consiste na sua defesa ou promoção.

A esse respeito, o Direito Fundamental à Saúde, é o único literalmente marcado pela Constituição Federal como de relevância pública, embora outros pelo seu significado jurídico social também possam ser assim considerados.

Assim, o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), através da sua Comissão de Defesa dos Direitos Fundamentais (CDDF), cumpre, neste importante evento nacional, seu papel no apoio, fortalecimento e aprimoramento da atuação funcional do Ministério Público, com atribuições na Defesa da Saúde.

Conselheiro Jarbas Soares Júnior – Presidente da Comissão de Defesa dos
Direitos Fundamentais (CDDF)

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)



O PMAQ é um programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Lançado em 2011, o PMAQ da Atenção Básica (PMAQ-AB) contemplou em seu primeiro ciclo a adesão de equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica parametrizadas, incluindo equipes de saúde bucal.

Em 2013 acontece o segundo ciclo do PMAQ com duas novidades. A primeira é a ampliação da adesão de equipes de Saúde da Família, atenção básica parametrizadas, e saúde bucal. Não haverá limite para a adesão, isto é, todas as equipes do município poderão aderir ao programa. A segunda novidade é a inclusão dos [Núcleos de Apoio à Saúde da Família \(NASF\)](#) e [Centros de Especialidades Odontológicas \(CEO\)](#) ao PMAQ.

A partir da adesão, as equipes passam a receber 20% do recurso total designado a cada equipe participante do programa (Equipe de Saúde da Família, Saúde Bucal, NASF e CEO).

O PMAQ funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população.

Por meio da construção de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais, o programa busca favorecer maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil. Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação, o processo de certificação das equipes é feito a partir da distribuição dos municípios em [estratos](#) que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos.

O programa está organizado em quatro fases complementares, que funcionam como um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB:

1ª Fase - Adesão e Contratualização

O que é?

Consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante contratualização de compromissos e indicadores firmados entre o Ministério da Saúde e os gestores municipais. Os gestores municipais, por sua vez, contratualizam diretamente com as equipes num processo que envolve pactuação local, regional e estadual, com a participação dos espaços de controle social.

Até quando foi a adesão?

As adesões dos municípios para o segundo ciclo do programa se encerraram no dia 05 de abril de 2013.

Quem deve realizar a contratualização / recontratualização no sistema?

Para facilitar a contratualização, o sistema foi simplificado. Agora somente o gestor precisa acessar o sistema e deve indicar quais equipes deverão participar do 2º ciclo do programa.

Durante este período, os gestores municipais devem realizar a contratualização /recontratualização com suas equipes, sendo pactuadas ações e responsabilidades com as equipes, firmadas por meio do Termo de Compromisso.

Para os gestores que já finalizaram a contratualização, as informações estão gravadas no sistema e não é necessário realizar a contratualização novamente.

Como gestores e equipes contratualizam?

Ao final das etapas descritas no novo sistema, o próprio gestor deverá gerar um Termo de Compromisso Municipal e uma cópia do Termo de Compromisso específico para cada uma das equipes confirmadas.

O Termo das equipes deverá ser impresso e assinado por um responsável da equipe. A adesão esclarecida e voluntária da equipe deve estar registrada em ata de reunião.

Ambos os documentos devem estar disponíveis para verificação no momento da avaliação externa.

Quem participou do 1º Ciclo precisa fazer algo?

Apenas as equipes confirmadas pelo gestor usando o sistema serão homologadas pelo Ministério da Saúde. Desse modo, para o 2º Ciclo, é necessário que o gestor confirme, inclusive, a continuidade das equipes que participaram do 1º ciclo.

2ª Fase - Desenvolvimento

Na fase de desenvolvimento, equipes de saúde, gestores municipais e estaduais, além do Ministério da Saúde, desenvolvem um conjunto de ações com o intuito de promover movimentos de mudança na gestão e no cuidado prestado pelas equipes, visando a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde.

Essa fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação; monitoramento; educação permanente; e apoio institucional.

O sistema do AMAQ para inserir os resultados da autoavaliação não será utilizado. Para a certificação é importante que todas as equipes tenham na UBS o documento que comprove a realização do processo autoavaliativo, no momento da visita dos avaliadores da qualidade (Universidade). A comprovação da realização desse processo será necessária para a equipe obter o percentual de 10% referente à autoavaliação na certificação das equipes.

Não haverá distribuição dos documentos impressos, por isso é importante que a gestão municipal disponibilize o AMAQ impresso para equipes.

É necessário que o município solicite a visita de avaliação externa?

Não será preciso solicitar a avaliação externa. No [Portal do Gestor](#) será possível confirmar a participação das equipes na avaliação e, se necessário, excluir alguma delas, mesmo após a contratualização.

É preciso enviar o documento ao Ministério da saúde para confirmar a contratualização?

Não é preciso enviar o documento para o MS. A homologação das equipes contratualizadas se dará a partir de Portaria.

No primeiro ciclo do programa (2011/2012), após publicação de portaria de homologação, os municípios precisaram informar sua adesão ao CMS, CIB

micro e CIB Estadual. Este documento foi digitalizado e enviado eletronicamente por meio do sistema do PMAQ. Para o segundo ciclo do programa (2013/2014) a orientação é que os municípios devem informar a participação nas instâncias colegiadas, mas não é condição para homologação no PMAQ e não é necessário enviar este documento nem os termos de compromisso ao Ministério da Saúde. Os Termos de compromisso firmados entre as equipes e gestores municipais e ata de reunião feita no momento da adesão deverão ser apresentados ao avaliador no momento da visita de avaliação externa. A avaliação externa ocorrerá partir de setembro e será agendada junto aos municípios pelas Universidades responsáveis pela visita em cada Estado.

3ª Fase - Avaliação Externa

A terceira fase consiste na avaliação externa das condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes participantes do programa. O Ministério da Saúde em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa realiza visita às equipes para a avaliação de um conjunto de aspectos, desde a infraestrutura e insumos até questões ligadas ao processo de trabalho.

A avaliação externa busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das Equipes de Atenção Básica e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica.

4ª Fase - Pactuação

Finalmente, a quarta fase é constituída por um processo de recontractualização que deve ocorrer após a certificação por meio da pactuação das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, de forma a estimular a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB.

O PMAQ - AB tem como objetivo incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde. A meta é garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva os recursos do incentivo federal para os municípios participantes, que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento.

Equipes bem avaliadas poderão receber até R\$ 11 mil a mais, por mês. Hoje, cada equipe recebe do governo federal de R\$ 7,1 mil a R\$ 10,6 mil, de acordo com o perfil social, econômico e cultural, acrescidos ainda pelos recursos das equipes de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde.

Para a avaliação dos profissionais de saúde/equipe é composto por três partes:

- Uso de instrumento para que a própria equipe avaliar o trabalho que desenvolvem - corresponde a 10% da nota de avaliação.
- Desempenho em resultados em 24 indicadores de saúde firmados no momento que a equipe entrou no Programa - responsável por 20% da nota de avaliação.
- Desempenho nos padrões de qualidade verificados por avaliadores externos que visitaram os profissionais de saúde/equipe - corresponde a 70% da nota de avaliação.

Em maio de 2012, o Ministério da Saúde iniciou essa avaliação visitando as 17.304 equipes que atendem no SUS – o equivalente a 53,3% do total de equipes de saúde da família no país (32.809) - que aderiram ao programa em 3.972 municípios brasileiros. Destas equipes, 12.165 já receberam a visita dos avaliadores da qualidade, correspondendo a cerca de 70% de todas que participam do Programa.

Na avaliação, a opinião dos cidadãos também está sendo considerada. Já foram ouvidos mais de 47.000 brasileiros e a percepção de cada um deles, a respeito de como anda a qualidade da atenção básica, será utilizada momento da definição do volume de recursos financeiros que serão transferidos aos municípios.

**LEGISLAÇÃO PMAQ – PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO
ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA**

PORTARIA Nº 1.654, DE 19 DE JULHO DE 2011

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social;

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada por meio da Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações de atenção básica à saúde no SUS;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão entre as esferas de governo na consolidação do SUS, por meio da Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle; e

Considerando a diretriz do Governo Federal de qualificar a gestão pública por resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção, resolve:

Art. 1º Fica instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Art. 2º São diretrizes do PMAQ-AB:

I - construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;

II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;

IV - envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;

V - desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

VII - caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

Art. 3º O PMAQ-AB será composto por 4 (quatro) fases distintas, que compõem um ciclo.

Parágrafo único. O PMAQ-AB se refere a processos e fases que se sucedem para o desenvolvimento e a melhoria contínua da qualidade da Atenção Básica em Saúde.

Art. 4º A Fase 1 do PMAQ-AB é denominada Adesão e Contratualização.

§ 1º Na Fase 1, todas as equipes de saúde da atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal, independente do modelo pelo qual se organizam, poderão aderir ao PMAQ-AB, desde que se encontrem em conformidade com os princípios da atenção básica e com os critérios a serem definidos no Manual Instrutivo do PMAQ-AB.

§ 2º Para a Fase 1 devem ser observadas as seguintes etapas:

I - formalização da adesão pelo Município e pelo Distrito Federal, que será feita por intermédio do preenchimento de formulário eletrônico específico a ser indicado pelo PMAQ-AB;

II - contratualização da equipe de saúde da atenção básica e do gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com as diretrizes e compromissos mínimos exigidos pelo PMAQ-AB; e

III - informação sobre a adesão do Município deve ser encaminhada ao Conselho Municipal de Saúde e à Comissão Intergestores Regional, com posterior homologação na Comissão Intergestores Bipartite.

§ 3º- Para os fins do disposto no inciso III do § 2º- deste artigo, o Distrito Federal deve encaminhar informação sobre a adesão ao respectivo Conselho de Saúde.

Art. 5º A Fase 2 do PMAQ-AB é denominada Desenvolvimento e deve ser implementada por meio de:

I - autoavaliação, a ser feita pela equipe de saúde da atenção básica a partir de instrumentos ofertados pelo PMAQ-AB ou outros definidos e pactuados pelo Município, Estado ou Região de Saúde;

II - monitoramento, a ser realizado pelas equipes de saúde da atenção básica, pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Ministério da Saúde em parceria com as Comissões Intergestores Regionais a partir dos indicadores de saúde contratualizados na Fase 1 do PMAQ-AB;

III - educação permanente, por meio de ações dos gestores municipais, do Distrito Federal, estaduais e federal, considerando-se as necessidades de educação permanente das equipes, pactuadas nas Comissões Intergestores Regionais e nas Comissões Intergestores Bipartite; e

IV - apoio institucional, a partir de estratégia de suporte às equipes de saúde da atenção básica pelos Municípios e à gestão municipal pelas Secretarias de Estado da Saúde, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e Comissões Intergestores Regionais, com auxílio do Ministério da Saúde.

Art. 6º A Fase 3 do PMAQ-AB é denominada Avaliação Externa e será composta por:

I - certificação de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica, que será coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados e também pelo Ministério da Saúde a partir do monitoramento de indicadores;

II - avaliação não relacionada ao processo de certificação, cuja finalidade é apoiar a gestão local, que contemple:

a) avaliação da rede local de saúde pelas equipes da atenção básica;

b) avaliação da satisfação do usuário; e

c) estudo de base populacional sobre aspectos do acesso, utilização e qualidade da Atenção Básica em Saúde.

Art. 7º A Fase 4 do PMAQ-AB é denominada Recontratualização, que se caracteriza pela pactuação singular dos Municípios e do Distrito Federal com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados nas Fases 2 e 3 do PMAQ-AB.

Art. 8º Fica instituído o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

§ 1º O incentivo de que trata o caput será transferido, fundo a fundo, aos Municípios e ao Distrito Federal que aderirem ao PMAQ-AB por meio do PAB Variável.

§ 2º O incremento do incentivo de que trata o caput é definido a partir dos resultados verificados nas Fases 2, 3 e 4 do PMAQ-AB.

Art. 9º O Município ou o Distrito Federal poderá incluir a adesão de equipes de saúde da atenção básica ao PMAQ-AB apenas uma vez ao ano, respeitado o intervalo mínimo de 6 (seis) meses.

§ 1º A adesão poderá incluir todas ou apenas parte das equipes de saúde da atenção básica do Município ou do Distrito Federal.

§ 2º O Ministério da Saúde realizará a avaliação externa, em um mesmo momento, para a totalidade das equipes de saúde da atenção básica do Município ou do Distrito Federal que aderiram ao PMAQ-AB.

Art. 10. O valor mensal integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável por equipe contratualizada será publicado posteriormente e reajustado periodicamente pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), conforme disponibilidade orçamentária vigente.

Art. 11. Os Municípios e o Distrito Federal receberão inicialmente, no momento da adesão ao PMAQ-AB, 20% (vinte por cento) do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável por equipe contratualizada.

Parágrafo único. Os Municípios e o Distrito Federal receberão, posteriormente, novos percentuais variáveis do referido valor integral conforme o desempenho alcançado, por equipe contratualizada, no processo de certificação realizado nos termos do disposto na Fase 3 do PMAQ-AB.

Art. 12. Os Municípios e o Distrito Federal terão o prazo mínimo de 2 (dois) meses e máximo de 6 (seis) meses, a contar da data de adesão ao PMAQ-AB, para solicitar a 1ª (primeira) Avaliação Externa, a ser feita conforme descrito no art. 6º.

§ 1º Nas situações em que não houver a solicitação para a realização da Avaliação Externa, o Município ou o Distrito Federal será automaticamente descredenciado do PMAQ-AB, deixando de receber os incentivos financeiros, e ficará impedido de aderir ao Programa por 2 (dois) anos, medida que tem como objetivo inibir adesões sem compromisso efetivo com o cumprimento integral do ciclo de qualidade do PMAQ-AB.

§ 2º As adesões deverão ocorrer até 7 (sete) meses antes da data das eleições municipais.

§ 3º Casos específicos relacionados a obrigações ou sanções contraídas por atos de gestão anterior serão avaliados pelo Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde da Comissão Intergestores Tripartite.

Art. 13. Para a classificação de desempenho das equipes contratualizadas, realizada por meio do processo de certificação, cada Município ou o Distrito Federal será distribuído em diferentes estratos, definidos com base em critérios de equidade, e o desempenho de suas equipes será comparado à média e ao desvio-padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato.

Art. 14. Para fins da 1ª (primeira) classificação das equipes contratualizadas, por meio do processo de certificação, que definirá os valores a serem transferidos aos Municípios e ao Distrito Federal, a avaliação de desempenho considerará os seguintes critérios:

I - INSATISFATÓRIO: quando o resultado alcançado for menor do que - 1 (menos um) desvio padrão da média do desempenho das equipes contratualizadas em seu estrato;

II - REGULAR: quando o resultado alcançado for menor do que a média e maior ou igual a 1 (menos um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato;

III - BOM: quando o resultado alcançado for maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato; e

IV - ÓTIMO: quando o resultado alcançado for maior do que +1 (mais um) desvio padrão à média do desempenho das equipes em seu estrato.

Art. 15. A partir da 2ª (segunda) certificação, o desempenho de cada equipe será comparado em relação às outras equipes do seu estrato, bem como quanto à evolução do seu próprio desempenho ao longo da implantação do PMAQ-AB.

Art. 16. A partir da classificação alcançada no processo de certificação, respeitando-se as categorias de desempenho descritas nos arts. 13 e 14, os Municípios e o Distrito Federal receberão, por equipe de saúde contratualizada, os percentuais do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e contratualizarão novas metas e compromissos, conforme as seguintes regras:

I - DESEMPENHO INSATISFATÓRIO: suspensão do repasse dos 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção

Básica Variável - PAB Variável e obrigatoriedade de celebração de um termo de ajuste;

II - DESEMPENHO REGULAR: manutenção dos 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e Reconstratualização;

III - DESEMPENHO BOM: ampliação de 20% (vinte por cento) para 60% (sessenta por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e Reconstratualização; e

IV - DESEMPENHO ÓTIMO: ampliação de 20% (vinte por cento) para 100% (cem por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e Reconstratualização.

Art. 17. O Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde da Comissão Intergestores Tripartite acompanhará o desenvolvimento do PMAQ-AB, com avaliação e definição, inclusive, dos instrumentos utilizados no Programa.

Parágrafo único. O Grupo de Trabalho de que trata o caput deste artigo poderá convidar especialistas para discussão e manifestação acerca de elementos do PMAQ-AB.

Art. 18. O Ministério da Saúde, por meio do DAB/SAS/MS, publicará o Manual Instrutivo do PMAQ-AB, com a metodologia e outros detalhamentos do Programa, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de publicação desta Portaria.

Art. 19. Os recursos orçamentários de que trata esta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família.

Art. 20. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

[Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde](#)

PORTARIA Nº 576, DE 19 DE SETEMBRO DE 2011

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ);

Considerando que as Equipes de Atenção Básica optem em aderir ao PMAQ, estas deverão se organizar de maneira a assegurar os princípios da Atenção Básica.

Considerando que a parametrização no PMAQ, e a adesão das EAB, que se organizam de maneira diferente da ESF, ficará condicionada ao seu cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e

Considerando a necessidade de adequação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) as novas Políticas instituídas pelo Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º Estabelecer novas regras para a carga horária semanal (CHS) dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgião-dentista, conforme descrito no Anexo I.

Art. 2º Estabelecer normas para o cadastramento, no SCNES, das Equipes de Atenção Básica que farão parte do PMAQ.

Art. 3º Incluir na Tabela de Tipo de Equipes do SCNES, os tipos de equipes conforme tabela a seguir:

CÓD	TE - TIPO DE EQUIPE
16	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO I
17	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO II
18	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO III
19	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO I COM SAÚDE BUCAL
20	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO II COM SAÚDE BUCAL
21	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA

TIPO III COM SAÚDE BUCAL

§ 1º Definir que as equipes citadas acima deverão ser lotadas apenas nos tipos de estabelecimentos: 02 - CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE e 04 - POLICLÍNICA.

§ 2º Definir que a composição das equipes e as regras de cadastramento das equipes supracitadas serão descritas no Anexo I desta portaria.

Art. 4º Na Tabela de Serviços Especializados do SCNES, incluir o serviço 159 - ATENÇÃO BÁSICA, as Classificações e compatibilidades com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), conforme descrito no Anexo II.

Art. 5º A CHS dos profissionais de nível médio que irão compor as respectivas equipes deverá obedecer aos critérios já estabelecidos na [Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006](#), que regulamenta o desenvolvimento das ações destes profissionais.

Art. 6º No SCNES, na Tabela de Adesão a Programas/Projetos de Saúde, incluir a adesão conforme descrição abaixo:

CÓD	DESCRIÇÃO	CENTRALIZADA/ DESCENTRALIZADA
09.11	ADESÃO DO MUNICÍPIO AO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE (PMAQ)	CENTRALIZADA

§1º A Adesão e a Contratualização no PMAQ se dará após a homologação da FASE 1 - Adesão e Contratualização, conforme previsto no [artigo 4º da Portaria GM/MS nº 1.654](#) do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ);

§2º A homologação da adesão ao PMAQ estará condicionada ao cadastramento da equipe no CNES e cumprimento das disposições em termos de composição mínima de profissionais e carga horária.

§3º Para efeitos de parametrização no PMAQ, a adesão das EAB que se organizam de maneira diferente da ESF ficará condicionada ao seu cadastramento no SCNES, agrupando os profissionais conforme apresentado no ANEXO I.

Art. 7º O valor de transferência do Componente de Qualidade do PAB Variável (PABVq), por EAB, que se organiza de maneira diferente da ESF,

dependerá do desempenho no PMAQ. A avaliação de desempenho considerará os critérios regulamentados na [Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011](#), conforme o que consta no Artigo 16 da mesma.

Art. 8º O gestor municipal deverá definir a população sob a responsabilidade de cada equipe e, a partir dessa definição, cadastrar sua população e passar a alimentar, de maneira regular e consistente o SIAB.

Art. 9º Estabelecer que deverá ser utilizada a FCES -Cadastro de Equipes: Saúde da Família/Saúde Bucal/ACS/ Ribeirinhos/Atenção Básica, no SCNES conforme orientação de preenchimento constante no Anexo I desta Portaria.

Parágrafo único. Os formulários de FCES serão disponibilizados no sítio do CNES, no endereço eletrônico: <http://cnes.datasus.gov.br>.

Art. 10. Estabelecer que cabe à Secretaria de Atenção à Saúde-Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas-Coordenação-Geral de Sistemas de Informação, providenciar junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SGEP/MS) para que sejam efetivadas as adequações no SCNES, definidas nesta Portaria.

Art. 11. Definir que esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

ANEXO

ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA

1 - DADOS OPERACIONAIS

Informar se o comando é de INCLUSÃO, ALTERAÇÃO OU EXCLUSÃO.

OBS.: Enumerar todas as fichas utilizadas para o cadastro da equipe, identificando no formato NN/TT, onde NN é o número da folha e TT o total de folhas preenchidas para o cadastro de profissionais da equipe.

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2.1 - CNES

Informar o CNES ao qual a equipe está vinculada em todas as folhas utilizadas.

2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento Informar o Nome Fantasia do Estabelecimento em todas as folhas utilizadas.

3 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

3.1 - Tipo da Equipe

As equipes serão identificadas a partir da tabela abaixo.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DA EQUIPE
16	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO I
17	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO II
18	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO III
19	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO I COM SAÚDE BUCAL
20	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO II COM SAÚDE BUCAL
21	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO III COM SAÚDE BUCAL

3.2 - Nome de Referência da Equipe:

As equipes também deverão ser identificadas pelo nome de referência (nome fantasia) em todas as folhas utilizadas.

3.3 - Segmento Territorial:

Deverá ser informado o Segmento Territorial onde a equipe atua com identificação por 02 dígitos numéricos, a critério do gestor e a descrição (nome do Segmento). Para isso, deverá ser cadastrada a tabela de segmentos utilizando a funcionalidade de Cadastro de Tabela de Segmento Territorial que consta no SCNES.

3.4 - Deverá também ser definido o tipo de segmento, se é Urbano ou Rural, de acordo com tabela abaixo:

CÓDIGO DO SEGMENTO TERRITORIAL	TIPO DE SEGMENTO TERRITORIAL
01	URBANO

Segmento territorial: é o conjunto de áreas contíguas que pode corresponder à delimitação de um Distrito Sanitário, de uma Zona de Informação do IBGE ou a outro nível de agregação importante para o planejamento e avaliação em saúde no Município. É a divisão territorial utilizada para a análise espacial dos dados em um determinado município. O código do segmento é único no município.

3.5 - Áreas:

Deverá ser identificada a área de atuação da equipe por meio da funcionalidade Cadastramento da Tabela de Áreas, criada no SCNES, que conterà, além do código, o nome de referência. O código será numérico, com no máximo 04 dígitos, e o nome de referência poderá ser alfanumérico.

Área: é o conjunto de microáreas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde. A composição da equipe de saúde e as coberturas assistenciais variam de acordo com o modelo de atenção adotado. O código de área é único no município.

A partir da definição da população sob a responsabilidade da equipe, a mesma deve cadastrar esta população, construindo prontuários familiares;

3.6 - População Assistida

As equipes EAB deverão indicar o tipo de População Assistida:

03 - Geral.

3.7 - Data de Ativação Deverá ser informada a data no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa) da ativação da equipe.

3.8 - Data de Desativação Deverá ser informada a data da desativação da equipe no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa), bem como o tipo e o motivo da desativação, de acordo com as tabelas a seguir:

3.9 - Tipo de Desativação Deverá ser informado o tipo da desativação de acordo com a tabela a seguir:

CÓDIGO	TIPO
01	TEMPORÁRIA
02	DEFINITIVA

3.10 - Motivo da Desativação Deverá ser informado o motivo da desativação de acordo com a tabela a seguir:

CÓDIGO	MOTIVO
09	FALTA DE EQUIPE MINIMA

4 - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE

I - QUANTO AOS PROFISSIONAIS

Os profissionais da(s) equipe(s) deverão estar cadastrados previamente no CNES do estabelecimento onde a(s) equipe(s) será (ao) cadastrada(s) e o campo (4.1.1) Nome, (4.1.2) CPF, (4.1.3) CBO - Classificação Brasileira de Ocupação, (4.1.4) CNS - Cartão Nacional de Saúde, (4.1.5) CHS - Carga Horária Semanal deverão ser vinculados mediante esse cadastro.

4.1. - EQUIPE MÍNIMA

Deverá ser identificado se o profissional faz parte da equipe mínima a ser considerada em todos os critérios estabelecidos para adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ);

II - CARGA HORÁRIA

O preenchimento da informação de Carga Horária Semanal - CHS, campo 4.1.5, do tipo Ambulatorial, Hospitalar e Outros será por meio da importação da informação constante no cadastro do profissional e sua totalização será consistida pelo sistema de acordo com a CHS permitida para cada CBO, estabelecida para a equipe mínima prevista no item III - Composição da equipe.

A Tabela a seguir demonstra as equivalências que serão permitidas para atender a PMAQ:

CHS MÉDICA MÍNIMA	CHS ENFERMAGEM MÍNIMA	EQUIVALÊNCIA COM A SAÚDE DA FAMÍLIA
70h	60h	1 ESF
100h	80h	2 ESF
150h	120h	3 ESF

A equivalência de 1 ESF corresponde à equipe: 16 - EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO I, a equivalência de 2 ESF corresponde à equipe: 17 -

EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO II e a equivalência de 3 ESF corresponde à equipe: 18 - EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO III.

A Tabela a seguir demonstra as equivalências que serão permitidas para atender a PMAQ para EAB com saúde bucal:

SOMATÓRIO CHS CIRURGIÃO	EQUIVALÊNCIA COM A SAÚDE DA FAMÍLIA
DENTISTA	COM SAÚDE BUCAL
MÍNIMA	
40h	1 ESF
80h	2 ESF
120h	3 ESF

A equivalência de 1 ESF com saúde bucal corresponde a seguintes equipes: 19 - EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO I COM SAÚDE BUCAL, a equivalência de 2 ESF com saúde bucal corresponde à equipe: 20 - EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO II COM SAÚDE BUCAL e a equivalência de 3 ESF com saúde bucal corresponde à equipe: 21 - EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO III COM SAÚDE BUCAL.

III - COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES

De acordo com a legislação vigente as equipes EAB sem ou com saúde bucal devem ser cadastradas com os profissionais abaixo, sendo facultada a inclusão de outros profissionais dentro da Política de saúde implementada no município.

As equipes dos tipos: 16 - EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO I, 17 - EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO II e 18 - EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO III deverão obedecer a seguinte composição:

DESCRIÇÃO	CBO
MÉDICO CLÍNICO OU MÉDICO GENERALISTA*	2251-25 OU 225170
MÉDICO PEDIATRA*	2251-24
MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA*	2252-50
ENFERMEIRO**	2235-05

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	5151-05
AUXILIAR DE ENFERMAGEM OU TÉCNICO DE ENFERMAGEM	3222-30 OU 322205

*Os profissionais médicos deverão atuar na equipe de EAB e para isto será considerado o somatório de CHS para esta classe profissional, a ser detalhada no item II - Carga Horária.

Os profissionais Médicos: Clínicos, Pediatras, Generalista deverão atuar com CHS mínima de 20 (vinte) horas cada profissional, podendo atuar no máximo em 02 (duas) equipes EAB: Clínicos, Pediatras e Generalistas.

O profissional Médico Ginecologista e Obstetra será opcional, quando houver deverá atuar com CHS mínima de 10 (dez) horas e poderão atuar no máximo em 04 (quatro) equipes EAB.

** O profissional Enfermeiro deverá atuar na equipe de EAB e para isto será considerado o quadro de CHS, a ser detalhado no item II - Carga Horária.

O profissional Enfermeiro deverá atuar com CHS mínima de 20 (vinte) horas e poderão atuar no máximo em 02 (duas) equipes EAB.

As equipes dos tipos: 19 - EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO I COM SAÚDE BUCAL, 20 - EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO II COM SAÚDE BUCAL e 21 - EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA TIPO III COM SAÚDE BUCAL deverão obedecer a seguinte composição:

DESCRIÇÃO	CBO
MÉDICO CLÍNICO OU MÉDICO GENERALISTA*	2251-25 OU 2251-70
MÉDICO PEDIATRA*	2251-24
MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA*	2252-50
ENFERMEIRO**	2235-05
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	5151-05
AUXILIAR DE ENFERMAGEM OU TÉCNICO DE ENFERMAGEM	3222-30 OU 3222-05
CIRURGIÃO DENTISTA CLÍNICO GERAL DENTISTA	2232-08

ODONTOLOGISTA * * *	
TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL OU AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL	3224-05 OU 3224-15

*Os profissionais médicos deverão atuar na equipe de EAB e para isto será considerado o somatório de CHS, a ser detalhado no item II - Carga Horária.

Os profissionais Médicos: Clínicos, Pediatras, Generalista deverão atuar com CHS mínima de 20 (vinte) horas cada profissional, podendo atuar no máximo em 02 (duas) equipes EAB: Clínicos, Pediatras e Generalistas.

O profissional Médico Ginecologista e Obstetra será opcional, quando houver deverá atuar com CHS mínima de 10 (dez) horas e poderão atuar no máximo em 04 (quatro) equipes EAB.

** O profissional Enfermeiro deverá atuar na equipe de EAB e para isto será considerado o somatório de CHS, a ser detalhado no item II - Carga Horária.

O profissional Enfermeiro deverá atuar com CHS mínima de 20 (vinte) horas e poderão atuar no máximo em 02 (duas) equipes EAB.

*** O profissional Cirurgião Dentista Clínico Geral Dentista Odontologista deverá atuar na equipe de EAB e para isto será considerado o somatório de CHS, a ser detalhado no item II -Carga Horária.

O profissional Cirurgião Dentista Clínico Geral Dentista Odontologista deverá atuar com CHS mínima de 20 (vinte) horas cada profissional, podendo atuar no máximo em 02 (duas) equipes EAB.

4.2 - Atendimento Complementar

Deverá ser identificado o CNES do estabelecimento onde está sendo realizado o atendimento complementar pelo profissional da EAB com Saúde Bucal, quando estes atenderem em outro estabelecimento devido a não existência de equipo odontológico no estabelecimento de origem.

OBSERVAÇÃO: Será permitido e considerado para efeito do financiamento das equipes, o prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data de desativação do profissional, para reposição de outro profissional. Ao final deste prazo, será bloqueada a exportação dos dados da equipe à qual ele esteja vinculado.

4.3 - Microárea:

Deverá ser identificada a micro área de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, se dará na vinculação dos mesmos à equipe. O preenchimento dessa informação na ficha de cadastro deverá ser através de código numérico com no máximo 02 (dois) dígitos. O código de micro área é único na área. As faixas populacionais a serem consideradas como referências são a descritas abaixo:

CH MÉDICA		CH ENFERMAGEM		FAIXAS POPULACIONAIS ADSCRITAS DE REFERÊNCIA	
MÍNIMA	MÁXIMA	MÍNIMA	MÁXIMA	MÍNIMA	MÁXIMA
70h	99h	60h	99h	3.450	7.000
100h	149h	80h	100h	7.001	10.000
150h	Decisão do gestor	120h	Depende da CH médica	10.001	15.000

Para as equipes que aderirem ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); cujo repasse do PAB Variável (Componente Qualidade - PABVq) dependerá do desempenho no PMAQ e da carga horária das categorias profissionais que compõem a equipe.

ANEXO II

SERVIÇO ESPECIALIZADO 159 - ATENÇÃO BÁSICA , SUAS CLASSIFICAÇÕES E COMPATIBILIDADES COM PROFISSIONAIS (CBO)

CÓD SERV	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO
159	ATENÇÃO BÁSICA	001	ATENÇÃO BÁSICA	1	2251-25 ou 2251-70	Médico clínico ou médico generalista
					2251-24	Médico pediatra
					2252-50	Médico ginecologista e obstetra

					2235-05	Enfermeiro
					5151-05	Agente Comunitário de Saúde
					3222-30 ou 3222-05	Auxiliar de enfermagem ou Técnico de enfermagem
				2	2251-25 ou 2251-70	Médico clínico ou médico generalista
					2251-24	Médico pediatra
					2235-05	Enfermeiro
					5151-05	Agente Comunitário de Saúde
					3222-30 ou 3222-05	Auxiliar de enfermagem ou Técnico de enfermagem
		002	ATENÇÃO BÁSICA COM 1 SAÚDE BUCAL		2251-25 ou 2251-70	Médico clínico ou médico generalista
					2251-24	Médico pediatra
					2252-50	Médico ginecologista e obstetra
					2235-05	Enfermeiro
					5151-05	Agente Comunitário de Saúde

					3222-30 ou 3222-05	Auxiliar de enfermagem ou Técnico de enfermagem
					2232-08	Cirurgião-Dentista Clínico Geral Dentista Odontologista
					3224-15 ou 3224-05	Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal
			2		2251-25 ou 2251-70	Médico clínico ou médico generalista
					2251-24	Médico pediatra
					2235-05	Enfermeiro
					5151-05	Agente Comunitário de Saúde
					3222-30 ou 3222-05	Auxiliar de enfermagem ou Técnico de enfermagem
					2232-08	Cirurgião-Dentista Clínico Geral Dentista Odontologista
					3224-15 ou 3224-05	Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal

PORTARIA Nº 2.396, DE 13 DE OUTUBRO DE 2011

*Define o valor mensal
integral do incentivo
financeiro do (PMAQ-
AB), denominado como
Componente de*

*Qualidade do Piso de
Atenção Básica Variável
PAB Variável*

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o disposto na Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQAB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável, resolve:

Art. 1º Definir, na forma abaixo, o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável):

I - R\$ 6.500,00 (seis mil e quinhentos reais) por Equipe de Atenção Básica contratualizada; e

II - R\$ 2.000,00 (dois mil reais) por Equipe de Saúde Bucal vinculada a 1 (uma) ou a 2 (duas) Equipes de Atenção Básica.

Parágrafo único. Os Municípios e o Distrito Federal, na forma do disposto na [Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011](#), receberão inicialmente, no momento da adesão ao (PMAQAB), o percentual de 20% (vinte por cento) do valor integral do incentivo financeiro relativo ao Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável, correspondendo a:

I - R\$ 1.300,00 (mil e trezentos reais) por Equipe de Atenção Básica contratualizada; e

II - R\$ 400,00 (quatrocentos reais) por Equipe de Saúde Bucal vinculada a 1 (uma) ou a 2 (duas) Equipes de Atenção Básica.

Art. 2º A partir da classificação alcançada no processo de certificação, respeitadas as categorias de desempenho descritas nos [arts 13 e 14 da Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011](#), os Municípios e o Distrito Federal receberão, por equipe de saúde contratualizada, os percentuais do valor integral do incentivo financeiro do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), conforme descrito no [art. 16 da Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011](#).

Art. 3º Definir que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria corram por conta do Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD Piso de Atenção Básica Variável Saúde da Família

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

[Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde](#)

PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011

*Aprova a Política
Nacional de Atenção*

*Básica, estabelecendo a
revisão de diretrizes e
normas para a
organização da Atenção
Básica, para a
Estratégia Saúde da
Família (ESF) e o
Programa de Agentes
Comunitários de Saúde
(PACS).*

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.350, de outubro de 2006, que regulamenta o § 5º do Art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo Parágrafo Único do Art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006;

Considerando o Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE), no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90;

Considerando a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que trata do processo de integração das ações de vigilância em saúde e atenção básica;

Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Portarias nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006, nº 90/GM, de 17 de janeiro de 2008 e nº 2.920/GM/MS, de 03 de dezembro de 2008, que estabelecem os municípios que poderão receber recursos diferenciados da ESF;

Considerando Portaria nº 2.143/GM/MS, de 9 de outubro de 2008 - Cria o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na atenção básica para realizar, prioritariamente, ações de controle da malária junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS e/ou às Equipes de Saúde da Família (ESF);

Considerando Portaria nº 2.372/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, que cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;

Considerando Portaria nº 2.371/GM/MS, de 07 de outubro de 2009 que institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica,

Considerando o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal -Unidade Odontológica Móvel (UOM);

Considerando a Portaria nº 750/SAS/MS, de 10 de outubro de 2006, que instituiu a ficha complementar de cadastro das ESF, ESF com ESB - Modalidades I e II e de ACS no SCNES;

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a consolidação da estratégia saúde da família como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e que a experiência acumulada em todos os entes federados demonstra a necessidade de adequação de suas normas.

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 29, de setembro de 2011, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes dos Anexos a esta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I -10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável -Saúde da Família;

II - 10.301.1214.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo;

III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde;

IV- 10.301.1214.8730.0001 - Atenção à Saúde Bucal; e

V - 10.301.1214.12L5.0001 -Construção de Unidades Básicas de Saúde - UBS.

Art. 3º Permanecem em vigor as normas expedidas por este Ministério com amparo na [Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006](#), desde que não conflitem com as disposições constantes desta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogada as Portarias [nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 61, de 29 de março de 2006, Seção 1, pg. 71](#), [nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008, publicada no Diário Oficial da União nº 18, de 25 de janeiro de 2008, Seção 1, pg. 47/49](#), [nº 2.281/GM/MS, de 1º de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 189, de 2 de outubro de 2009, Seção 1, pg. 34](#), [nº 2.843/GM/MS, de 20 de setembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 181, de 21 de setembro de 2010, Seção 1, pg. 44](#), [nº 3.839/GM/MS, de 7 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 237, de 8 de dezembro de 2010, Seção 1, pg. 44/45](#), [nº 4.299/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 251, 31 de dezembro de 2010, Seção 1, pg. 97](#), [nº 2.191/GM/MS, de 3 de agosto de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 148, de 4 de agosto de 2010, Seção 1, pg. 51](#), [nº 302/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 28, de 10 de fevereiro de 2009, Seção 1, pg. 36](#), [nº 2.027/GM/MS, de 25 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 164, Seção 1, pg.90](#).

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral.

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as

peças que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV -Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

V -estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais.

DAS FUNÇÕES NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta Portaria conforme normatização vigente do SUS, define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. O [Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90](#), define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada". Neste sentido, atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

I -Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos

positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequados, com equidade; e

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

DAS RESPONSABILIDADES

São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos fundamentos e diretrizes assinalados;

II - apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;

III - garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades;

IV - contribuir com o financiamento tripartite da Atenção Básica;

V - estabelecer, nos respectivos Planos de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica;

VI -desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários;

VII - desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da Atenção Básica de acordo com suas responsabilidades;

VIII - planejar, apoiar, monitorar e avaliar a Atenção Básica;

IX - estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;

X - divulgar as informações e os resultados alcançados pela atenção básica;

XI - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica;

XII -viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de saúde da família no País; e

XIII - estimular a participação popular e o controle social.

Compete ao Ministério da Saúde:

I -definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica;

III -prestar apoio institucional aos gestores dos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica;

IV - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica;

V - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, de formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;

VI - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pósgraduação na área da saúde visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e

VII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica.

Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, de forma complementar às estratégias, diretrizes e normas existentes, desde que não haja restrições destas e que sejam respeitados as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica prevendo, entre outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

III - ser co-responsável, pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios;

IV - submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução dos recursos do Bloco de Atenção Básica, conforme regulamentação nacional, visando:

a) apazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;

b) comunicação ao Ministério da Saúde;

c) bloqueio do repasse de recursos ou demais providências, conforme regulamentação nacional, consideradas necessárias e devidamente oficializadas pela CIB;

V - analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

VI - verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;

VII - consolidar, analisar e transferir para o Ministério da Saúde os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;

VIII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família;

IX - definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

X - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção à saúde;

XI - articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família; e

XII - promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica.

Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, através do COSEMS, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

II - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

III - ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos município;

IV - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da atenção básica;

V - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

VI -prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família;

VII -Definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

VIII - Desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;

IX - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;

X - garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

XI -garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas;

XII - rogramar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

XIII -Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

XIV - Organizar o fluxo de usuários, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários;

XV - manter atualizado o cadastro no sistema de Cadastro Nacional vigente , dos profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão; e

XVI - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõe as equipes de atenção básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção.

Da infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica

São necessárias à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e Distrito Federal:

I - Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infra estrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/ MS;

II - as Unidades Básicas de Saúde:

a) devem estar cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente de acordo com as normas vigentes;

b) Recomenda-se que disponibilizem, conforme orientações e especificações do manual de infra estrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/ MS:

1. consultório médico/enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica;

2. área de recepção, local para arquivos e registros, sala de procedimentos, sala de vacinas, área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS), sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta, sala de curativos, sala de observação, entre outros:

2.1. as Unidades Básicas de Saúde Fluviais deverão cumprir os seguintes requisitos específicos:

2.1.1. quanto à estrutura física mínima, devem dispor de: consultório médico; consultório de enfermagem; ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; laboratório; sala de vacina; banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em

número suficiente para toda a equipe; cozinha; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

c) devem possuir identificação segundo padrões visuais do SUS e da Atenção Básica pactuados nacionalmente;

d) recomenda-se que estas possuam conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando a participação social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

III - manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das Unidades Básicas de Saúde;

IV - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente quando esta dispensação está prevista para serem realizadas naquela UBS;

V - equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários da Saúde, dentre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população;

VI - cadastro atualizado dos profissionais que compõe a equipe de atenção básica no sistema de Cadastro Nacional vigente de acordo com as normas vigentes e com as cargas horárias de trabalho informadas e exigidas para cada modalidade;

VII - garantia pela gestão municipal, de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população; e

VIII - garantia pela gestão municipal, dos fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

Com o intuito de facilitar os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária e reconhecendo que existem diversas realidades sócio epidemiológicas, diferentes necessidades de saúde e distintas maneiras de organização das UBS, recomenda-se:

I - para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para no máximo 18 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica; e

II - para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para no máximo 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Educação permanente das equipes de Atenção Básica

A consolidação e o aprimoramento da Atenção Básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requer um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho".

A Educação Permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a

construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

A vinculação dos processos de educação permanente a estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. Nessa mesma linha é importante diversificar este repertório de ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras, etc.

Por fim, reconhecendo o caráter e iniciativa ascendente da educação permanente, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponha e desenvolva ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

De modo análogo é importante a articulação e apoio dos governos estaduais e federal aos municípios buscando responder suas necessidades e fortalecer suas iniciativas. A referência é mais de apoio, cooperação, qualificação e oferta de diversas iniciativas para diferentes contextos que a tentativa de regular, formatar e simplificar a diversidade de iniciativas.

Do Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I -definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;

II - programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias dificultando o acesso dos usuários;

III - desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

IV - realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

V - prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;

VI - realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;

VII - desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

VIII - implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

IX - participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X - desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI - apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e

XII - realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

Das Atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica

As atribuições de cada um dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões.

São atribuições comuns a todos os profissionais:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV - realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V - garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI - participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX - praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;

X - realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI - acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

XII - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;

XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XIV - realizar ações de educação em saúde a população adscrita, conforme planejamento da equipe;

XV - participar das atividades de educação permanente;

XVI - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

XVII - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e

XVIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

Das atribuições específicas

Do enfermeiro:

I -realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e

VI -participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;

IV -participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e

V - contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

Do Médico:

I - realizar atenção a saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;

II -realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;

V - indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI -contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e

VII -participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;

VI -desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de

ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.

É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do Cirurgião-Dentista:

I -realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II -realizar a atenção a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;

III - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;

IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V -coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e

VIII -participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I - realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II -coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV - apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

VI - participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VII - participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VIII - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

IX - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

X - realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

XI - fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

XII - realizar fotografias e tomadas de uso odontológicos exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XIII - inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XIV - proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares; e

XV - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

Do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

IV - auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;

V - realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VIII - processar filme radiográfico;

IX - selecionar moldeiras;

X - preparar modelos em gesso;

XI - manipular materiais de uso odontológico; e

X - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.

Especificidades da Estratégia de Saúde da Família.

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão,

qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Especificidades da equipe de saúde da família

São itens necessários à estratégia Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

II - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais; e

V - carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, con-forme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da

família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Serão admitidas também, além da inserção integral (40h), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em saúde da família ou médicos de família e comunidade nas Equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

I - 2 (dois) médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 01 (um) médico com jornada de 40 horas semanais), com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família;

II - 3 (três) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 02 (dois) médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de saúde da família;

III - 4 (quatro) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 03 (três) médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de saúde da família;

IV - 2 (dois) médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família; e

V - 1 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com re-passe mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a esta especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com esta configuração são denominadas Equipes Transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência neste formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que prevêm horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

A quantidade de Equipes de Saúde da Família na modalidade transitória ficará condicionada aos seguintes critérios:

I - Município com até 20 mil habitantes e contando com 01 (uma) a 03 (duas) equipes de Saúde da Família, poderá ter até 2 (duas) equipes na modalidade transitória;

II - Município com até 20 mil habitantes e com mais de 03 (três) equipes poderá ter até 50% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

III - Municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes poderá ter até 30% (trinta por cento) das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

IV - Município com população entre 50 e 100 mil habitantes poderá ter até 20% (vinte por cento) das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória; e

V - Município com população acima de 100 mil habitantes poderá ter até 10% (dez por cento) das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória.

Em todas as possibilidades de inserção do profissional médico descritas acima, considerando a importância de manutenção do vínculo e da longitudinalidade do cuidado, este profissional deverá ter usuários adscritos de modo que cada usuário seja obrigatoriamente acompanhado por 1 (um) ACS (Agente Comunitário de Saúde), 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, 01 (um) enfermeiro e 01 (um) médico e preferencialmente por 1 (um) cirurgião-dentista, 1 (um) auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, sem que a carga horária diferente de trabalho comprometa o cuidado e/ou processo de trabalho da equipe.

Todas as equipes deverão ter responsabilidade sanitária por um território de referência, sendo que nos casos previstos nos itens b e c, poderão ser constituídas equipes com número de profissionais e população adscrita equivalentes a 2 (duas) e 3 (três) equipes de saúde da família, respectivamente.

As equipes de saúde da família devem estar devidamente cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente de acordo com conformação e modalidade de inserção do profissional médico.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

Especificidades dos profissionais de Saúde Bucal das equipes de saúde da família

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de saúde da família podem se organizar nas seguintes modalidades:

I - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB);

II - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB); e

III - Profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel.

Independente da modalidade adotado, recomenda-se que os profissionais de Saúde Bucal, estejam vinculados a uma ESF e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes.

Cada Equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

Especificidades da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

É prevista a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da estratégia de saúde da família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica. São itens necessários à implantação desta estratégia:

I - a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no sistema de Cadastro Nacional vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;

II - a existência de um enfermeiro para até no máximo 12 ACS e no mínimo 04, constituindo assim uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde; e

III - o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, composta por ACS e enfermeiro supervisor.

Fica garantido o financiamento das equipes de agentes comunitários de saúde já credenciadas em data anterior a esta portaria que não estão adequadas ao parâmetro de 01 enfermeiro para no máximo 12 ACS, porém extinta a possibilidade de implantação de novas equipes com esta configuração a partir da publicação desta Portaria.

Cada ACS deve realizar as ações previstas nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas.

O enfermeiro da Estratégia Agentes Comunitários de Saúde, além das atribuições de atenção à saúde e de gestão, comuns a qualquer enfermeiro da atenção básica descritas nesta portaria, a atribuição de planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, comum aos enfermeiros da estratégia de saúde da família, e deve ainda facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e os ACS contribuindo para a organização da atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades definidas equanimemente conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, entre outros.

Equipes de atenção básica para populações específicas

1. Equipes do consultório na rua

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde com destaque especial para a atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso destes usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos consultórios na rua que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

As equipes deverão realizar suas atividades, de forma itinerante desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes

do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil.

As equipes dos Consultórios na Rua deverão cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana.

As equipes dos Consultórios na Rua podem estar vinculadas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e, respeitando os limites para vinculação, cada equipe será considerada como uma equipe de saúde da família para vinculação ao NASF.

Em Municípios ou áreas que não tenham consultórios na rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os núcleos de apoio à saúde da família (NASF) do território onde estas pessoas estão concentradas.

Para cálculo do teto das equipes dos consultórios na rua de cada município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

Caso seja necessário o transporte da equipe para a realização do cuidado in loco, nos sítios de atenção da população sem domicílio, o gestor poderá fazer a opção de agregar ao incentivo financeiro mensal o componente de custeio da Unidade Móvel. O gestor local que fizer esta opção deverá viabilizar veículo de transporte com capacidade de transportar os profissionais da equipe, equipamentos, materiais e insumos necessários para a realização das atividades propostas, além de permitir que alguns procedimentos possam ser realizados no seu interior. Esta Unidade Móvel deverá estar adequada aos requisitos pactuados e definidos nacionalmente, incluindo o padrão de identificação visual.

O Ministério da Saúde publicará Portaria Específica e Manual Técnico disciplinando composição das equipes, valor do incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de consultório na rua entre outras disposições.

2. Equipes de saúde da família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense

Considerando as especificidades locais, os municípios da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul podem optar entre dois arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país:

I - Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR): equipes que desempenham a maior parte de suas funções em unidades básicas de saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial; e

II -Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF): equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais deverão ser compostas, durante todo o período de atendimento à população por, no mínimo: um (01) Médico generalista ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade, um (01) Enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; um (1) Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e de Seis (06) a doze (12) Agentes Comunitários de Saúde.

As equipes de Saúde da Família Ribeirinhas devem contar ainda com um (01) microscopista, nas regiões endêmicas.

As equipes de Saúde da Família Fluviais devem contar ainda com um (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico. Estas equipes poderão incluir na composição mínima os profissionais de saúde bucal, um (1) cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal, conforme modalidades I e II descritas anteriormente.

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinha deverão prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais (carga horária equivalente à 8h/dia) e dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações. Os Agentes Comunitários de Saúde deverão cumprir 40h/semanais de trabalho e residir na área de atuação. É recomendável as mesmas condições para os auxiliares e técnicos de enfermagem e saúde bucal.

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) devem:

I - funcionar, no mínimo, 20 dias/mês, com pelo menos uma equipe de saúde da família fluvial. O tempo de funcionamento destas unidades deve compreender o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento direto à população ribeirinha. Em uma UBSF pode atuar mais de uma ESFF a fim de compartilhar o atendimento da população e dividir e reduzir o tempo de navegação de cada equipe. O gestor municipal deve prever tempo em solo, na sede do município, para que as equipes possam fazer atividades de

planejamento e educação permanente junto com outros profissionais e equipes. Os Agentes Comunitários de Saúde deverão cumprir 40h/semanais e residir na área de atuação. São recomendáveis as mesmas condições para os auxiliares e técnicos de enfermagem e saúde bucal;

II -nas situações nas quais for demonstrada a impossibilidade de funcionamento da Unidade Básica de Saúde Fluvial pelo mínimo de 20 dias devido às características e dimensões do território, deverá ser construída justificativa e proposição alternativa de funcionamento, aprovada na Comissão Intergestores Regional - CIR e na Comissão Intergestores Bipartite e encaminhada ao Ministério da Saúde para avaliação e parecer redefinindo tempo mínimo de funcionamento e adequação do financiamento, se for o caso;

III -adotar circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos até 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica pelas equipes visando minimamente a continuidade de pré-natal, puericultura e cuidado continuado de usuários com condições crônicas dentro dos padrões mínimos recomendados;

IV - delimitar área de atuação com população adscrita, acompanhada por Agentes Comunitários de Saúde, compatível com sua capacidade de atuação e considerando a alínea II;

V - as equipes que trabalharão nas UBSF deverão garantir as informações referentes à sua área de abrangência. No caso de prestar serviços em mais de um município, cada município deverá garantir a alimentação das informações de suas respectivas áreas de abrangência.

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) deverão cumprir, cumulativamente, os seguintes requisitos:

I - quanto à estrutura física mínima, devem dispor de: Consultório médico; Consultório de enfermagem; Consultório Odontológico; Ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; Laboratório; Sala de vacina; Banheiros; Expurgo; Cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; Cozinha; Sala de procedimentos; Identificação segundo padrões visuais da Saúde da Família, estabelecidos nacionalmente; e

II - quanto aos equipamentos, devem dispor, no mínimo, de: Maca ginecológica; Balança Adulto; Balança Pediátrica; Geladeira para vacinas; Instrumentos básicos para o laboratório: macro e microcentrífuga e microscópio binocular, contador de células, espectrofotômetro e agitador de Kline, autoclave e instrumentais; Equipamentos diversos: sonar, esfignomanômetros,

estetoscópios, termômetros, medidor de glicemia capilar, Equipo odontológico completo e instrumentais.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas será publicado em portaria específica e poderá ser agregado de um valor caso esta equipe necessite de transporte fluvial para a execução de suas atividades.

O valor do o valor do incentivo mensal para custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica, com uma modalidade sem profissionais de saúde bucal e outra com estes profissionais.

Devido à grande dispersão populacional, os municípios poderão solicitar ampliação da composição mínima das equipes de saúde da família fluviais e equipes de saúde da família ribeirinhas con-forme o quadro abaixo, fazendo jus a um incentivo para cada agregação a ser definido em portaria específica:

Profissionais	Critério para solicitação de ampliação da equipe	Máximo de
Agente Comunitário de Saúde	trabalhador vinculado a no mínimo 100 pessoas	12 (doze)
Aux. Técnico de Enfermagem	trabalhador vinculado a no mínimo 500 pessoas	04 (quatro)
Técnico em Saúde Bucal	trabalhador vinculado a no mínimo 500 pessoas	01 (um)
Enfermeiro	trabalhador vinculado a no mínimo 1.000 pessoas	02 (dois)

Para implantar Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas nos Municípios onde o teto de cobertura de Equipes de Saúde da Família já tenha sido atingido, estas devem ser substituídas pela nova modalidade de equipe mediante aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais e as Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas poderão prestar serviços a populações de mais de um Município, desde que celebrado instrumento jurídico que formalize a relação entre os municípios, devidamente aprovado na respectiva Comissão Intergestores Regional - CIR e Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Para implantação de Equipes de Saúde da Família Fluviais e Equipes de Saúde da Família para Populações Ribeirinhas, os Municípios deverão seguir o fluxo previsto para a implantação de Equipes de Saúde da Família.

Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes.

Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados etc.) além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de saúde da família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliandoa para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde.

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc.

Todas as atividades podem se desenvolver nas unidades básicas de saúde, academias da saúde ou em outros pontos do território. Os NASF devem utilizar as Academias da Saúde como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição.

Quando presente no NASF, o profissional sanitário pode reforçar as ações de apoio institucional e/ou matricial, ainda que as mesmas não sejam exclusivas dele, tais como: análise e intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades, apoio à discussão de informações e indicadores e saúde (bem como de eventos-sentinela e casos-traçadores e analisadores), suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado continuado/programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades de educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado etc).

Os NASF podem ser organizados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2. A implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal não receberá incentivo financeiro federal.

O NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:

I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais;

II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e

III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal.

O NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:

I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais;

II - nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e

III - cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal.

Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatria; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

Os NASF1 e 2 devem funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas que apóiam.

Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, às quais estão vinculados, não recomendado a existência de uma Unidade de Saúde ou serviço de saúde específicos para a equipe de NASF.

A organização do trabalho do NASF deve seguir as normas publicadas pelo Ministério da Saúde destacando os Cadernos de Atenção Básica/Primária que tratam do tema, descrevendo as diretrizes, o processo de trabalho, as principais ferramentas e as ações de responsabilidade de todos os profissionais dos NASF a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da

Família, equipes de atenção básica para populações específicas e/ou academia da saúde.

Define-se que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família e no máximo 15 (quinze) equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas. Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes.

Define-se que cada NASF 2 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família e no máximo 7 (sete) equipes de saúde da família.

OS NASF 3, que são suprimidos por essa portaria, se tornarão automaticamente NASF 2, para isso os municípios com projetos de NASF 3 anteriormente enviados ao Ministério da Saúde deverão enviar para CIB documento que informa as alterações ocorridas. Fica garantido o financiamento dos NASF intermunicipais já habilitados em data anterior, porém extinta a possibilidade de implantação de novos a partir da publicação desta portaria.

Cada NASF poderá ser vinculado a no máximo 03 (três) pólos do Programa Academia da Saúde em seu território de abrangência, independente do tipo de NASF e da modalidade do polo implantado. Para cada pólo vinculado à equipe do NASF deverá existir pelo menos 1 (um) profissional de saúde de nível superior com carga horária de 40 horas semanais ou 2 (dois) profissionais de saúde de nível superior com carga horária mínima de 20 horas semanais cada, que será(ao) responsável(is) pelas atividades do Programa Academia da Saúde. Este(s) profissional(is) deve(m) ter formação compatível e exercer função relacionada às atividades da academia da saúde.

Quanto ao NASF, compete as Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal:

I -definir o território de atuação de cada NASF de acordo com as equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas às quais estes NASF estiverem vinculados; propiciar o planejamento das ações que serão realizadas pelos NASF, de forma compartilhada entre os profissionais (Equipe NASF e Equipe SF e Equipes de atenção básica para populações específicas);

II - selecionar, contratar e remunerar os profissionais dos NASF, em conformidade com a legislação vigente nos municípios e Distrito Federal; e

III - disponibilizar espaço físico adequado nas UBS, e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que compõem os NASF, não sendo recomendada estrutura física específica para a equipe de NASF.

Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola - PSE, instituído pelo [Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007](#), surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada, por meio de ações de:

I - avaliação clínica e psicossocial que objetivam identificar necessidades de saúde e garantir a atenção integral às mesmas na rede de atenção à saúde;

II - promoção e prevenção que articulem práticas de formação, educativas e de saúde visando a promoção da alimentação saudável, a promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, a educação para a saúde sexual e reprodutiva, a prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, a promoção da cultura de paz e prevenção das violências, a promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável; e

III - educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais da educação e da saúde e formação de jovens.

A Gestão do PSE é centrada em ações compartilhadas e coresponsáveis. A articulação intersetorial das redes públicas de saúde, de educação e das demais redes sociais se dá por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) (Federal, Estadual e Municipal) que são responsáveis pela gestão do incentivo financeiro e material, pelo apoio institucional às equipes de saúde e educação na implementação das ações, pelo planejamento, monitoramento e avaliação do Pro-grama.

Sobre o processo de implantação, credenciamento, cálculo dos tetos das equipes de atenção básica, e do financiamento do bloco de atenção básica:

1. Implantação e Credenciamento

Para implantação e credenciamento das equipes de atenção básica, descritas neste anexo, os municípios e o Distrito Federal deverão:

I - realizar projeto(s) de implantação das equipes de saúde da Família, com ou sem os profissionais de saúde bucal, equipe de agentes comunitários de saúde, das equipes de atenção básica para populações específicas e do NASF. Os itens que devem minimamente constar do projeto estão descritos no anexo III desta portaria;

II - aprovar o projeto elaborado nos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhá-lo à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde;

III - cadastrar os profissionais das equipes, previamente credenciadas pelo estado conforme decisão da CIB, no SCNES e alimentar os dados no sistema de informação que comprove o início de suas atividades; para passar a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas; e

IV - solicitar substituição, no SCNES, de categorias de profissionais colocados no projeto inicial caso exista a necessidade de mudança, sendo necessário o envio de um ofício comunicando sobre a necessidade desta alteração ao Estado.

Para Implantação e Credenciamento das referidas equipes as secretarias estaduais de saúde e o Distrito Federal deverão:

I - analisar e encaminhar as propostas de implantação das equipes elaboradas pelos municípios e aprovadas pelos Conselhos Municipais de à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no prazo máximo de 30 dias, após a data do protocolo de entrada do processo na Secretaria Estadual de Saúde ou na instância regional;

II - após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de equipes, suas diferentes modalidades e composições de profissionais com as respectivas cargas horárias, que farão jus ao recebimento de incentivos financeiros da atenção básica;

III - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das equipes nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;

IV - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de descredenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das equipes a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada; e

V - responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo destas equipes.

2. Cálculo do Teto das equipes de atenção básica

Para o cálculo do teto máximo de equipes de saúde da família, de agentes comunitários de saúde, de equipes de saúde bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família a fonte de dados populacionais utilizada será a mesma vigente para cálculo do recurso per capita definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

A) Saúde da Família com ou sem os profissionais de saúde bucal: o número máximo de ESF com ou sem os profissionais de saúde bucal pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população/2400.

B) Agentes Comunitários de Saúde: o número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população /400. Para municípios dos estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: população da área urbana/400 + população da área rural/280.

C) NASF - Núcleo de Apoio de Saúde da Família: o número máximo de NASF 1 aos quais os municípios e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pelas fórmulas:

I - para Municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da Amazônia Legal = número de ESF do Município/5; e

II - para Municípios com 100.000 habitantes ou mais da Amazônia Legal e para Municípios das demais unidades da Federação = número de ESF do Município/8.

O número máximo de NASF 2 aos quais o município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2.

D) O teto máximo de Equipes Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial e equipes de consultório na rua será avaliado posteriormente, de acordo com cada projeto.

3. Do Financiamento da Atenção Básica O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite. No âmbito federal o montante de recursos financeiros des

tinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o Bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do Bloco de financiamento de investimento. Seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas na RENASES e nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

Os repasses dos recursos do Bloco AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O Ministério da Saúde definirá os códigos de lançamentos, assim como seus identificadores literais, que constarão nos respectivos avisos de crédito, para tornar claro o objeto de cada lançamento em conta. O aviso de crédito deverá ser enviado ao Secretário de Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo.

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas ficarão, permanentemente, à disposição dos Conselhos responsáveis pelo acompanhamento, e a fiscalização, no âmbito dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e externo.

Os municípios deverão remeter por via eletrônica o processamento da produção de serviços referentes ao Bloco AB ao Ministério da Saúde ou à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma pactuado. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem enviar as informações ao DATASUS, observando cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

De acordo com o [artigo 6º, do Decreto nº 1.651/95](#), a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do [Decreto nº 1.232/94](#), que trata das transferências, fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Da mesma forma, a prestação de contas dos valores recebidos e aplicados no período deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou Município e à Câmara Municipal.

A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta deverá ser efetuada, seja na Prestação de Contas, seja quando solicitada pelos órgãos de controle, mediante a apresentação de:

I -relatórios mensais da origem e da aplicação dos recursos;

II - demonstrativo sintético de execução orçamentária;

III - demonstrativo detalhado das principais despesas; e

IV - relatório de gestão.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

O financiamento federal desta política é composto por:

A) Recursos per capita;

B) Recursos para projetos específicos, tais como os recursos da compensação das especificidades regionais (CER), do Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde, Recurso de Investimento/ Estruturação e Recursos de Estruturação na Implantação;

C) Recursos de investimento;

D) Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Saúde Bucal, de Agentes Comunitários de Saúde, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos Consultórios na Rua, de Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas, de Atenção Domiciliar, Programa Saúde na Escola (PSE), microscopistas e a Academia da Saúde;

E) Recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);

A) Recurso per capita

O recurso per capita será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do Município.

O recurso será calculado pela multiplicação da população de cada município e do Distrito Federal por um valor, fruto de pactuação tripartite e devidamente publicado em portaria específica, levando em conta critérios de equidade.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

B) Recursos para Projetos específicos, que inclui os recursos da Compensação das Especificidades Regionais (CER), o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde e Recurso de Estruturação.

Parte dos recursos do Bloco AB poderá ser repassado para implantação e execução de ações e programas específicos definidos de maneira tripartite, entre eles:

Compensação de Especificidades Regionais: trata-se de recursos transferidos com o objetivo de responder a especificidades de municípios, populações ou situações que exigem maior aporte de recursos, mas que não são devidamente contempladas nos demais componentes do Bloco AB. Os critérios de distribuição dos recursos e valores para cada Estado e para o Distrito Federal pactuados são definidos em Portaria Ministerial específica para este fim. A utilização dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais é definida por cada CIB levando em conta os objetivos deste componente e pactuando projeto com finalidade, critérios, distribuição e utilização dos recursos, monitoramento e avaliação dos resultados. O projeto, os critérios bem como a lista de municípios contemplados com seus respectivos valores deverão ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deste recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Colegiado Gestor do Distrito Federal.

Assim os municípios podem receber um recurso complementar aos demais componentes do Bloco de AB relacionados ao enfrentamento de especificidades geradoras de iniquidade tais como: municípios mais pobres, com piores indicadores e maiores necessidades; municípios com maiores dificuldades de atração e fixação de profissionais e municípios isolados ou com dificuldade de acesso; qualificação da atenção a populações sazonais, rurais, quilombolas, tradicionais, assentadas, isoladas; projetos cuja implantação se dá mediante adesão e estão ligados ao enfrentamento da iniquidade através de ações de educação permanente, fortalecimento, modernização e qualificação da gestão, implantação de ações e alternativas que enfrentem iniquidades entre os municípios ligadas a qualquer um dos temas citados ou outros.

Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde: Recursos destinados à estruturação da rede de serviços da atenção básica publicados em portaria específica com o montante disponibilizado por Unidade da Federação e cuja aplicação dos critérios de decisão é objeto de pactuação na CIT e nas CIB. Esses recursos serão transferidos fundo a fundo aos municípios que se adequarem a esses critérios, e depositados em conta específica.

Recursos de Investimento/Estruturação: São recursos destinados a estruturação dos serviços e ações da atenção básica, que podem ser repassados aos municípios/ estados fundo a fundo ou através de convênio.

Recursos de Implantação: Na implantação das equipes de saúde da família, saúde bucal e dos NASF os municípios e/ou o Distrito Federal receberão recursos específicos para estruturação das Unidades Básicas de Saúde, visando à melhoria da infra-estrutura física e de equipamentos para o trabalho das equipes. Esses recursos serão repassados na competência financeira do mês posterior à implantação das equipes.

Em caso de redução do número de equipes, o município ou o Distrito Federal não farão jus a novos recursos de implantação até que seja alcançado o número de equipes já implantado anterior-mente.

D) Os recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal, de Agentes Comunitários de Saúde, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos Consultórios na Rua, de Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas, de Atenção Domiciliar, Programa Saúde na Escola (PSE), microscopistas e a Academia da Saúde

1. Equipes de Saúde da Família (SF): os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF:

1.1. - Equipes de Saúde da família Modalidade 1: são as ESF que atendem aos seguintes critérios:

I - estiverem implantadas em municípios com população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; e

II - estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido na alínea I e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

As equipes que na data de publicação desta Portaria recebem como modalidade 1 de financiamento, por qualquer um dos motivos listados abaixo não terão decréscimo do recurso repassado atualmente, ainda que não enquadradas nos critérios acima descritos:

I - pertencerem a municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS);

II - pertencerem a municípios que têm índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7; e

III - estiverem nas áreas do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - Pronasci.

1.2. Equipes de Saúde da família Modalidade 2: são as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Quando um município, por aumento da população, deixar de ter direito ao valor da modalidade 1, deverá ser realizada etapa de transição durante o ano da mudança que busque evitar a perda nominal acentuada de recursos do Bloco de Atenção Básica.

1.3. As equipes de Saúde da Família com diferentes inserções do profissional médico receberão recursos de acordo com sua modalidade e segundo a descrição abaixo:

1.3.1 2 (dois) médicos integrados a uma única equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 01 (um) médico com jornada de 40 horas semanais), com repasse integral do financiamento para uma equipe de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.2. 3 (três) médicos cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 02 (dois) médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com repasse integral do financiamento para duas equipes de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.3. 4 (quatro) médicos com carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 03 (três) médicos com jornada de 40 horas semanais, de 03

equipes), com repasse integral do financiamento para três equipes de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.4. 2 (dois) médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse de 85% do financiamento para uma equipe de saúde da família modalidade I ou II.

1.3.5. As equipes de Saúde da família na modalidade transitória: 01 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, o município receberá repasse mensal equivalente a 60% do valor do incentivo financeiro para uma equipe, sendo vedada sua participação no Pro-grama de melhoria de acesso e da qualidade.

Quando as Equipes de Saúde da Família forem compostas também por profissionais de Saúde Bucal, o incentivo financeiro será transferido a cada mês, tendo como base:

I - a modalidade específica dos profissionais de Saúde Bucal (ESB) que compõem a equipe de saúde da família e estão registrados no cadastro do SCNES no mês anterior ao da respectiva competência financeira; e

II -a modalidade de toda a equipe de saúde da família, conforme descrito acima e relacionado às características dos municípios e da população atendida. Assim, se ela faz parte de uma equipe de saúde da família modalidade I tem 50% de acréscimo no incentivo financeiro específico.

2. Equipes Saúde da Família comunidades Ribeirinhas e Fluviais

2.1 Equipes Saúde da Família Ribeirinhas; os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas será publicado em portaria específica e poderá ser agregado um valor nos casos em que a equipe necessite de transporte fluvial para acessar as comunidades ribeirinhas adscritas para execução de suas atividades.

2.2. Equipes de Saúde da Família Fluviais: os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família Fluviais implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Unidades Básicas de

Saúde Fluviais (UBSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica, com uma modalidade sem profissionais de saúde bucal e outra com estes profissionais. Os critérios mínimos para o custeio das Unidades preexistentes ao Programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais também serão publicados em portaria específica.

3. - Equipes Consultório na Rua

Os valores do incentivo financeiro para as equipes dos Consultórios na Rua implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base a modalidade e o número de equipes cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

Os valores do repasse mensal que as equipes dos Consultórios na Rua farão jus será definido em portaria específica, conforme sua modalidade e a necessidade de custeio para transporte da equipe de consultório de rua.

O início do repasse mensal do incentivo ocorrerá após a publicação de portaria de habilitação ao custeio que será emitida pelo Ministério da Saúde após a demonstração, pelo Município, do cadastramento da equipe consultório de rua no sistema de Cadastro Nacional vigente e da alimentação de dados no Sistema de Informação indicado pelo Ministério da saúde que comprovem o início de suas atividades.

4. Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF)

O valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF, dependerá da sua categoria (1 ou 2) e será determinado em portaria específica. Os valores dos incentivos financeiros para os NASF implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES. O registro de procedimentos referentes à produção de serviços realizada pelos profissionais cadastrados nos NASF deverá ser realizado no sistema indicado pelo Ministério da Saúde, mas não gerarão créditos financeiros.

5. Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Será repassada

uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do SCNES, no mês de agosto do ano vigente.

6. Microscopistas, Programa Saúde na Escola (PSE), Academia da Saúde e Atenção domiciliar

O repasse do recurso para Microscopistas, Programa Saúde na Escola (PSE), Academia da Saúde e Atenção domiciliar, assim como seus respectivos valores serão definidos em portarias específicas.

Sobre a efetivação do repasse dos recursos referentes ao item D

A efetivação da transferência dos recursos financeiros descritos no item D tem por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, estes devem :

I - transferir os dados mensalmente, para o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, por via magnética, de acordo com o cronograma definido anualmente pelo SCNES; e

II - a transferência dos dados para a Base Nacional do sistema de Cadastro Nacional vigente se dará após geração do arquivo pelo sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde para à Atenção Básica.

Os valores dos componentes descritos acima serão definidos em portarias específicas pelo Ministério da Saúde.

Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item D

O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade básica de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II - ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item D, com exceção dos

períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou;

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e

IV - ausência de alimentação de dados no Sistema de Informação definidos pelo Ministério da saúde que comprovem o início de suas atividades.

Especificamente para as equipes de saúde da família com os profissionais de saúde bucal:

As equipes de Saúde da Família que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional médico, enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação, contanto que adotem procedimento do SCNES preconizados pelo Ministério da Saúde.

Especificamente para o NASF:

I - inexistência de no mínimo 02 (duas) Equipes de Saúde da Família/Equipes de Atenção Básica para populações específicas, vinculadas ao NASF 1 para municípios com menos de 100.000 hab. da Amazônia Legal ou;

II - inexistência de no mínimo 04 (quatro) Equipes de Saúde da Família/Equipes de Atenção Básica para populações específicas, vinculadas ao NASF 1 no restante do País ou; e

III - inexistência de no mínimo 01 (uma) Equipes de Saúde da Família/Equipes de Atenção Básica para populações específicas, vinculadas ao NASF 2.

Sendo consideradas para esse fim as Equipes completas de Saúde da Família/Equipes de Atenção Básica para populações específicas, ou equipes incompletas por período de até 60 (sessenta) dias.

Especificamente para os Consultórios na Rua:

Ausência de vinculação a Equipe de Saúde Bucal cadastrada para o trabalho das equipes;

Da solicitação de crédito retroativo dos recursos referentes ao item D

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios na transferência dos

arquivos, realizada pelos municípios, o Distrito Federal e os estados, o Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável (C), com base em solicitação da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS. Esta retroatividade se limitará aos seis meses anteriores ao mês em curso.

Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

I - preencher a planilha constante do Anexo III a esta Portaria, para informar o tipo de incentivo financeiro que não foi creditado no Fundo Municipal de Saúde ou do Distrito Federal, discriminando a competência financeira correspondente e identificando a equipe, com os respectivos profissionais que a compõem;

II - imprimir o relatório de produção das equipes de atenção básica, referente à equipe e ao mês trabalhado que não geraram a transferência dos recursos; e

III - enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando a complementação de crédito, acompanhado da planilha referida no item I e do relatório de produção correspondente. No caso do Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II.

A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, por meio do Departamento de Atenção Básica, procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada, se houve suspensão do crédito em virtude da constatação de irregularidade no funcionamento das equipes e se a situação de qualificação do município ou do Distrito Federal, na competência reclamada, permite o repasse dos recursos pleiteados.

E) Recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)

Há um esforço do Ministério da Saúde em fazer com que parte dos recursos induzam a ampliação do acesso, a qualificação do serviço e a melhoria da atenção à saúde da população. Estes recursos devem ser repassados em função de programas que avaliem a implantação de processos e a melhoria de

resultados como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

O PMAQ tem como objetivo ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na atenção básica. Ele se dará através de monitoramento e avaliação da atenção básica, e está atrelado a um incentivo financeiro para as gestões municipais que aderirem ao programa. O incentivo de qualidade é variável e dependente dos resultados alcançados pelas equipes e pela gestão municipal. Este incentivo será transferido a cada mês, tendo como base o número de equipes cadastradas no programa e os critérios definidos em portaria específica do PMAQ.

Requisitos mínimos para manutenção da transferência dos recursos do Bloco da Atenção Básica.

Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do Bloco da Atenção Básica são aqueles definidos pela legislação federal do SUS.

O Plano de Saúde municipal ou do Distrito Federal, e a programação anual de saúde aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, deve especificar a proposta de organização da Atenção Básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

Da suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, relacionados na [portaria no. 3462 de 11 de novembro de 2010](#); e

II- Forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

ANEXO II

O projeto de implantação das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de saúde bucal, equipes de agentes comunitários, das Equipes de atenção básica para populações específicas e dos Núcleos de apoio a saúde da família deve conter:

I - O território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas;

II - Infraestrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;

III - O fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência e cuidado em outros pontos de atenção, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com RENASES e protocolos estabelecidos pelos municípios, estados e pelo Ministério da Saúde;

IV - A proposta para garantia da assistência farmacêutica básica;

V - Descrição das principais ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;

VI - Processo de gerenciamento e apoio institucional ao trabalho das equipes;

VII -A forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária definida para cada profissional das equipes;

VIII - Implantação do sistema de Informação para atenção básica vigente no momento da implantação da equipe da Atenção Básica, incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;

IX - Processo de avaliação do trabalho das equipes e a forma de acompanhamento dos indicadores da Atenção Básica;

X - A contrapartida de recursos dos municípios e do Distrito Federal; e

XI - No caso das equipes do NASF: os profissionais que vão compor os NASF, incluindo as justificativas da escolha, as identificação das Equipes que cada núcleo vai apoiar, o planejamento e/ou a previsão de agenda

compartilhada entre as diferentes equipes e a equipe dos NASF, que incluam ações individuais e coletivas, de assistência, de apoio pedagógico tanto das equipes quanto da comunidade e as ações de visita domiciliar, em qual(ais) UBS. O NASF será cadastrado SCNES de acordo com o número de equipes que a ele está vinculado.

ANEXO III

SOLICITAÇÃO RETROATIVA DE COMPLEMENTAÇÃO DO REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS

UF: _____ MUNICÍPIO: _____ CÓDIGO IBGE: _____
 _____ COMPETÊNCIA(S): _____ TIPO DE
 INCENTIVO: _____ ESF () _____ ACS () _____ ESB
 mod. _____ I () _____ II () _____ UOM ()
) _____ ESFPR () _____ ESFPRSB () _____ ESFF ()
) _____ ESFFSB () _____ NASF tipo _____ I ()
) _____ II () _____)
 CÓDIGO DO CNES: _____ IDENTIFICAÇÃO DA
 EQUIPE: _____
 MOTIVO DO NÃO CADASTRAMENTO NO
 SISTEMA: _____

NOME DOS PROFISSIONAIS	CATEGORIA PROFISSIONAL	CPF

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE: Identificação da equipe através do nome por ela utilizado.

TIPO DE INCENTIVO: Marcar se é relativo à equipe de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, equipe de Saúde Bucal modalidade I ou II, Unidade Odontológica Móvel, equipe de Saúde da Família População Ribeirinha, equipe de Saúde da Família População Ribeirinha com Saúde Bucal, equipe de Saúde da Família Fluvial, equipe de Saúde da Família Fluvial com Saúde Bucal ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família tipo I ou II.

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS: Nome completo de cada profissional integrante da equipe, que não gerou incentivo.

CATEGORIA PROFISSIONAL: Identificar a categoria de cada profissional listado na coluna anterior.

CPF: Informar o CPF dos profissionais das Equipes que foram suspensas.

DATA:

____/____/____

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE: _____
SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO:

[Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde](#)

PORTARIA Nº 1.089, DE 28 DE MAIO DE 2012

*Define o valor mensal
integral do incentivo
financeiro do Programa
Nacional de Melhoria
do Acesso e da
Qualidade da Atenção
Básica (PMAQ-AB),*

*denominado como
Componente de
Qualidade do Piso de
Atenção Básica Variável
(PAB Variável).*

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

considerando o disposto na Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável, resolve:

Art. 1º Fica definido, na forma abaixo, o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável:

I - R\$ 8.500,00 (oito mil e quinhentos reais) por Equipe de Atenção Básica contratualizada; e

II - R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) por Equipe de Saúde Bucal vinculada a 1 (uma) ou a 2 (duas) Equipes de Atenção Básica.

Parágrafo único. Os Municípios e o Distrito Federal, na forma do disposto na [Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011](#), receberão inicialmente, no momento da adesão ao PMAQ-AB, o percentual de 20% (vinte por cento) do valor integral do incentivo financeiro relativo ao Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável, correspondendo a:

I - R\$ 1.700,00 (hum mil e setecentos reais) por Equipe de Atenção Básica contratualizada; e

II - R\$ 500,00 (quinhentos reais) por Equipe de Saúde Bucal vinculada a 1 (uma) ou a 2 (duas) Equipes de Atenção Básica.

Art. 2º A partir da classificação alcançada no processo de certificação, respeitadas as categorias de desempenho descritas nos [arts. 13 e 14 da Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011](#), os Municípios e o Distrito Federal receberão, por equipe de saúde contratualizada, os percentuais do valor integral do incentivo financeiro do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica

Variável (PAB Variável), conforme descrito no [art. 16 da Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011](#).

Art. 3º Os recursos orçamentários, de que trata esta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência abril de 2012.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

[Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde](#)

PORTARIA Nº 261, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2013

*Institui, no âmbito da
Política Nacional de
Saúde Bucal, o
Programa de Melhoria*

*do Acesso e Qualidade
dos Centros de
Especialidades
Odontológicas (PMAQ-
CEO) e o Incentivo
Financeiro (PMAQ-
CEO), denominado
Componente de
Qualidade da Atenção
Especializada em Saúde
Bucal.*

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 283/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2005, que estabelece os critérios de antecipação do incentivo financeiro para CEO em fase de implantação;

Considerando as Portarias nº 599/GM/MS e nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que estabelecem critérios de credenciamento/habilitação dos serviços especializados CEO Tipo I, Tipo II e Tipo III;

Considerando a Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que estabelece as metas de produção mensal dos CEO;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando o que estabelece a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente em relação à reorganização das práticas e a qualificação das ações e serviços oferecidos na Saúde Bucal, visando à integralidade das ações; e

Considerando a diretriz do Governo Federal de qualificar a gestão pública por resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção, resolve:

Art. 1º Fica instituído o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQCEO), como estratégia de qualificação dos serviços especializados de saúde bucal.

Art. 2º Constituem-se objetivos do (PMAQ-CEO):

I - induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO);

II - construir parâmetros de qualidade dos CEO que sejam passíveis de comparação nacional, regional e local, considerando as diferentes realidades de saúde;

III - fortalecer o processo de referência e contrarreferência de saúde bucal;

IV - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos CEO;

V - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade, por meio do portal do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde;

VI - envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e Municipais, as equipes dos CEO e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção especializada em saúde bucal;

VII - desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VIII - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção em saúde bucal, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

IX - caráter voluntário para a adesão tanto pelos profissionais do CEO quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

Art. 3º O (PMAQ-CEO) será composto por 4 (quatro) fases distintas que se sucedem e compõem um ciclo.

Art. 4º A Fase 1 do (PMAQ-CEO) é denominada Adesão e Contratualização.

§ 1º - Todos os CEO habilitados, independente do Tipo, I, II ou III, poderão aderir ao PMAQ-CEO.

§ 2º - Nesta Fase devem ser observadas as seguintes etapas:

I - formalização da adesão pelo Estado, Município e Distrito Federal, por intermédio do preenchimento de formulário eletrônico específico a ser indicado pelo Ministério da Saúde;

II - contratualização da equipe do CEO e do gestor Estadual, Municipal ou do Distrito Federal, de acordo com as diretrizes e compromissos mínimos exigidos pelo (PMAQ-CEO); e

III - informação sobre a adesão do Município deve ser encaminhada ao Conselho Municipal de Saúde, à Comissão Intergestores Regional e Comissão Intergestores Bipartite. No caso do Estado, a Comissão Intergestores Bipartite e o Distrito Federal deve encaminhar informação sobre a adesão ao respectivo Conselho de Saúde.

Art. 5º A Fase 2 do PMAQ-CEO é denominada Desenvolvimento.

§ 1º Esta Fase é constituída das seguintes ações:

I - autoavaliação, a ser feita pela equipe do CEO a partir de instrumentos ofertados pelo PMAQ-CEO ou outros definidos e pactuados pelo Município, Estado ou Distrito Federal;

II - monitoramento, a ser realizado pela equipe do CEO, pelas Secretarias de Saúde Estadual, Municipal, do Distrito Federal e pelo Ministério da Saúde a partir dos indicadores contratualizados na Fase 1 do (PMAQ-CEO);

III - educação permanente, por meio de ações dos gestores municipais, do Distrito Federal, estaduais e federal, considerando-se as necessidades de educação permanente das equipes dos CEO, pactuadas nas Comissões Intergestores Regionais e nas Comissões Intergestores Bipartite; e

IV - apoio institucional, a partir de estratégia de suporte aos CEO pelos gestores municipais e à gestão municipal pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES), Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), Comissões Intergestores Regionais (CIR), Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Ministério da Saúde (MS).

Art. 6º A Fase 3 do (PMAQ-CEO) é denominada Avaliação Externa.

§ 1º Esta Fase é composta por certificação de desempenho dos CEO, que será coordenada de forma tripartite incluindo:

I - a verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados e pesquisa de satisfação do usuário realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa; e

II - o monitoramento de indicadores de saúde realizado pelo Ministério da Saúde.

Art. 7º A Fase 4 do (PMAQ-CEO) é denominada Recontratualização.

§ 1º Esta Fase caracteriza-se pela pactuação singular dos Estados, Municípios e do Distrito Federal com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados nas Fases 2 e 3 do PMAQ-CEO.

Art. 8º Fica instituído o Incentivo Financeiro do PMAQCEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal.

§ 1º O incentivo de que trata o caput será transferido, fundo a fundo, aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal que aderirem ao (PMAQ-CEO).

§ 2º O incremento do incentivo de que trata o caput será definido a partir dos resultados verificados nas Fases 2, 3 e 4 do (PMAQ-CEO).

Art. 9º O Estado, Município ou o Distrito Federal poderá incluir a adesão do CEO ao PMAQ-CEO apenas uma vez ao ano, respeitado o intervalo mínimo de 6 (seis) meses.

§ 1º A adesão poderá incluir um ou mais CEO do Estado, Município ou do Distrito Federal.

§ 2º A Avaliação Externa será realizada em um mesmo momento para a totalidade dos CEO do Município, do Estado ou do Distrito Federal que aderiram ao (PMAQ-CEO).

Art. 10. O valor mensal integral do incentivo (PMAQ-CEO) do Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal por CEO contratualizado será publicado em portaria específica e reajustado periodicamente pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), conforme disponibilidade orçamentária vigente.

Art. 11. Os Estados, Municípios e o Distrito Federal receberão inicialmente, no momento da adesão ao (PMAQ-CEO), 20% (vinte por cento) do valor integral do incentivo (PMAQ-CEO), por CEO contratualizado.

Parágrafo único. Os Estados, Municípios e o Distrito Federal receberão, posteriormente, novos percentuais variáveis do referido valor integral conforme o desempenho alcançado, por CEO contratualizado, no processo de certificação realizado nos termos do disposto na Fase 4 do (PMAQ-CEO).

Art. 12. Os Estados, Municípios e o Distrito Federal terão que solicitar a Avaliação Externa no sistema de gestão do PMAQCEO, por meio do preenchimento de formulário eletrônico, até a data de início do processo de Avaliação Externa do (PMAQ-CEO), a ser divulgada pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Nas situações em que não houver a solicitação para a realização da Avaliação Externa, o Estado, Município ou o Distrito Federal será automaticamente descredenciado do (PMAQ-CEO) e o CEO será desabilitado, deixando de receber os incentivos financeiros, e ficará impedido de aderir ao Programa por 2 (dois) anos, medida que tem como objetivo inibir adesões sem compromisso efetivo com o cumprimento integral do ciclo de qualidade do (PMAQ-CEO).

§ 2º As adesões deverão ocorrer até 7 (sete) meses antes da data das eleições municipais.

§ 3º Casos específicos relacionados a obrigações ou sanções contraídas por atos de gestão anterior serão avaliados por órgãos competentes.

Art. 13. Para a classificação de desempenho dos CEO contratualizados, realizada por meio do processo de certificação, cada Estado, Município ou o Distrito Federal estará enquadrado em diferentes estratos, com base em critérios de equidade, e o desempenho dos CEO será comparado à média e ao desvio-padrão do conjunto de CEO pertencentes ao mesmo tipo e estrato.

Art. 14. Para fins da 1ª (primeira) classificação dos CEO contratualizados, por meio do processo de certificação, que definirá os valores a serem transferidos aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal, a avaliação de desempenho considerará os seguintes critérios:

I - INSATISFATÓRIO: quando o CEO não cumprir com os compromissos previstos nas Portarias nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006, nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, e nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011, assumidos no Termo de Compromisso no momento da contratualização no (PMAQ-CEO).

No caso de CEO aderido a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, acrescenta-se ainda a Portaria nº 1.341/GM/MS, de 13 de junho de 2012;

II - MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA: quando o resultado alcançado for menor do que a média do desempenho das equipes em seu estrato;

III - ACIMA DA MÉDIA: quando o resultado alcançado for maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato; e

IV - MUITO ACIMA DA MÉDIA: quando o resultado alcançado for maior do que +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato.

Art. 15. A partir da 2ª (segunda) certificação, o desempenho de cada CEO será comparado em relação aos outros CEO do mesmo Tipo e do seu estrato, bem quanto à evolução do seu próprio desempenho ao longo da adesão ao (PMAQ-CEO).

Art. 16. A partir da classificação alcançada no processo de certificação, respeitando-se as categorias de desempenho descritas nos arts. 13 e 14, os Estados, Municípios e o Distrito Federal receberão, por CEO contratualizado, os percentuais do incentivo (PMAQ-CEO) e contratualizarão novas metas e compromissos, conforme as seguintes regras:

I - DESEMPENHO INSATISFATÓRIO: suspensão do repasse dos 20% (vinte por cento) do incentivo (PMAQ-CEO) e obrigatoriedade de celebração de um termo de ajuste;

II - DESEMPENHO MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA: manutenção dos 20% (vinte por cento) do incentivo PMAQ-CEO e Recontratualização;

III - DESEMPENHO ACIMA DA MÉDIA: ampliação de 20% (vinte por cento) para 60% (sessenta por cento) do incentivo PMAQ-CEO e Recontratualização; e

IV - DESEMPENHO MUITO ACIMA DA MÉDIA: ampliação de 20% (vinte por cento) para 100% (cem por cento) do incentivo (PMAQ-CEO) e Recontratualização.

Art.17. O Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde da comissão Intergestores Tripartite acompanhará o desenvolvimento do (PMAQ-CEO), com avaliação e definição, inclusive dos instrumentos utilizados no Programa.

Art. 18. O Ministério da Saúde, por meio Coordenação-Geral de Saúde Bucal, do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSB/DAB/SAS/MS), publicará o Manual Instrutivo do (PMAQ-CEO), com a metodologia e outros detalhes do Programa.

Art. 19. Os recursos orçamentários de que trata esta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.8730 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada.

Art. 20. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

[Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde](#)

PORTARIA Nº 535, DE 3 DE ABRIL DE 2013

Altera a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e a Portaria nº 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012, que altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e considerando a necessidade de aprimorar os critérios de certificação das equipes contratualizadas, por meio do processo de certificação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), resolve:

Art. 1º O [art. 4º da Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011](#), passa a vigorar acrescido do seguinte dispositivo:

"Art. 4º

§ 4º Fica instituída a inserção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como Equipe de Atenção Básica no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)." (NR)

§ 5º Entende-se como equipe de Atenção Básica participantes do PMAQ-AB, as Equipes de Atenção Básica Contratualizadas, Equipes de Saúde Bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Art. 2º [Os incisos I a IV do art. 14, da Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011](#), passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 14

I - INSATISFATÓRIO: quando a equipe não cumprir com os compromissos previstos na Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, e assumidos no Termo de Compromisso celebrado no momento da contratualização no PMAQ e as diretrizes e normas para a organização da atenção básica previstas na Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011;

II - MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA: quando o resultado alcançado for igual ou menor do que a média do desempenho das equipes em seu estrato;

III - ACIMA DA MÉDIA: quando o resultado alcançado for maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato; e

IV - MUITO ACIMA DA MÉDIA: quando o resultado alcançado for maior do que +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato." (NR)

Art. 3º [Os incisos I a IV do artigo 16, da Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011](#), passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 16 -----

I - DESEMPENHO INSATISFATÓRIO: suspensão do repasse dos 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e obrigatoriedade de celebração de um termo de ajuste;

II - DESEMPENHO MEDIANO OU ABAIXO DA MÉDIA: manutenção do repasse dos 20% (vinte por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e recontratualização;

III - DESEMPENHO ACIMA DA MÉDIA: ampliação dos 20% (vinte por cento) para 60% (sessenta por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e recontratualização; e

IV - DESEMPENHO MUITO ACIMA DA MÉDIA: ampliação dos 20% (vinte por cento) para 100% (cem por cento) do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável e recontratualização." (NR)

Art. 4º [O artigo 19, da Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011](#), passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 19 Os recursos orçamentários de que trata esta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD - (PO 0008 - Piso de Atenção Básica Variável - PMAQ)" (NR)

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º Ficam revogados o [inciso II do art. 6º da Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011](#), publicada do Diário Oficial da União nº 138, de 20 de julho de 2011, e o [art. 2º da Portaria nº 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012](#), publicada no Diário Oficial da União nº 86, de 4 de maio de 2012, Seção 1, página 56.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

[Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde](#)

PORTARIA Nº 562, DE 4 DE ABRIL DE 2013

Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável; e

Considerando a Portaria nº 535/GM/MS, de 3 de abril de 2013, que altera as Portarias nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, e nº 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012, que altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, resolve:

Art. 1º Fica definido, na forma a seguir, o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável:

I - R\$ 8.500,00 (oito mil e quinhentos reais) por Equipe de Atenção Básica contratualizada;

II - R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) por Equipe de Saúde Bucal vinculada a 1 (uma) ou a 2 (duas) Equipes de Atenção Básica;

III - R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo 1 (NASF 1);

IV - R\$ 3.000,00 (três mil reais) por Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo 2 (NASF 2); e

V- R\$ 2.000,00 (dois mil reais) por Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo 3 (NASF 3).

Parágrafo único. Os Municípios e o Distrito Federal, na forma do disposto na Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, receberão inicialmente, no momento da adesão ao PMAQ-AB, o percentual de 20% (vinte por cento) do valor integral do incentivo financeiro relativo ao Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável, correspondendo a:

I - R\$ 1.700,00 (um mil e setecentos reais) por Equipe de Atenção Básica contratualizada;

II - R\$ 500,00 (quinhentos reais) por Equipe de Saúde Bucal vinculada a 1 (uma) ou a 2 (duas) Equipes de Atenção Básica;

III - R\$ 1.000,00 (mil reais) por NASF 1;

IV - R\$ 600,00 (seiscentos reais) por NASF 2; e

V- R\$ 400,00 (quatrocentos reais) por NASF 3.

Art. 2º A partir da classificação alcançada no processo de certificação, respeitadas as categorias de desempenho descritas nos [art. 13 e 14 da Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011](#), os Municípios e o Distrito Federal receberão, por equipe de saúde contratualizada, os percentuais do valor integral do incentivo financeiro do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), conforme descrito no [art. 16 da Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011](#).

Art. 3º Os recursos orçamentários, de que trata esta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD (PO 0008 - Piso de Atenção Básica Variável - PMAQ).

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência abril de 2013.

Art. 5º Fica revogada a [Portaria nº 1.089/GM/MS, de 28 de maio de 2012](#), publicada no Diário Oficial da União nº 103, de 29 de maio de 2012, Seção 1, página 82.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-CEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e considerando o disposto na Portaria nº 261/GM/MS, de 21 de fevereiro de 2013, que instituiu, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQCEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal, resolve:

Art. 1º Fica definido o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-CEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal na forma a seguir:

I - R\$ 8.250,00 (oito mil duzentos e cinquenta reais) por Centro de Especialidades Odontológicas - CEO do Tipo I;

II - R\$ 11.000,00 (onze mil reais) por Centro de Especialidades Odontológicas - CEO do Tipo II; e

III - R\$ 19.250,00 (dezenove mil duzentos e cinquenta reais) por Centro de Especialidades Odontológicas - CEO do Tipo III.

Parágrafo único. Os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, na forma do disposto na Portaria nº 261/GM/MS, receberão inicialmente, no momento da adesão ao PMAQ-CEO, o percentual de 20% (vinte por cento) do valor integral do incentivo financeiro relativo ao Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal, correspondendo a:

I - R\$ 1.650,00 (um mil seiscentos e cinquenta reais) por Centro de Especialidades Odontológicas - CEO do Tipo I;

II - R\$ 2.200,00 (dois mil e duzentos reais) por Centro de Especialidades Odontológicas - CEO do Tipo II; e

III - R\$ 3.850,00 (três mil oitocentos e cinquenta reais) por Centro de Especialidades Odontológicas - CEO do Tipo III.

Art. 2º A partir da classificação alcançada no processo de certificação, respeitadas as categorias de desempenho descritas nos arts. 13 e 14 da Portaria nº 261/GM/MS, os Estados, Municípios e o Distrito Federal receberão, por CEO contratualizado, os percentuais do valor integral do incentivo financeiro do Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal, conforme descrito no art. 16 da Portaria nº 261/GM/MS.

Art. 3º Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.8730 - Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada (PO 0002).

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

[Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde](#)